

地域施設通所精神障害者の身体的健康の課題

西 村 伸

〔抄 録〕

地域施設に通所する精神障害者の身体的健康の課題を明らかにし、今後の精神障害者の身体的健康の生活支援に役立てることを目的として、「からだの健康聞き取り調査」を実施した。

対象者は、京都府内の小規模作業所1施設に通所する高脂血症、脂肪肝、糖尿病の身体疾患を持つ統合失調症の利用者3人である。調査方法としては、30～60分の個別面接を、3回ずつ行った。調査時期は平成19年6～11月である。分析はKJ法による分類を行っている。大分類《身体的健康について高めたいとの思い》、《多様な本人支援》、《伝わらない専門職の助言》、《身体的健康の保ちにくさ》、小分類【健康に対する積極的な関心】、【専門職の指導に対する忠実な受入れ】、【身体、食物への強い固執】、【専門職に対する安心と信頼】、【家族の協力と支援】、【当事者同士の情報の共有】、【医療スタッフへの恐怖心】、【助言の捻じ曲げ】、【助言の選択】、【自分なりの対処方法】、【精神に障害を持つことからくるもの】、【抗精神病薬の影響】を結果として抽出した。

総考察として（1）専門職による適切な助言方法、（2）地域施設の職員の支援の必要性、（3）身体疾患を抱える精神障害者を取り巻く支援者の情報共有、（4）精神障害者の身体的健康の支援施策の必要性という4つの課題を導き出した。

キーワード：精神障害者、身体的健康、身体疾患、地域施設、KJ法

1. 地域で生活する精神障害者の身体的健康を取り上げる意義

1) 日本の医療の現状

一般医療の保障はすべての人にとって開かれた制度であり、すべての人が健康生活を受ける権利を持っている。日本の医療水準は高く、保健医療制度が整い、国民がほぼ一律の負担で同様の医療サービスを享受できる。

一方で、新聞報道やルポルタージュ、評論等において、医師不足、医療崩壊が取り上げられるように、すべての人が健康を享受できていない現状がある⁽¹⁾⁽²⁾。この保健医療政策のほころびは、低所得者をはじめとする社会的弱者の健康状態を悪化させている。結果として、「避

けられる死（avoidable death）」が社会的弱者に集中している⁽³⁾。社会的弱者として精神障害者を捉えた場合には、精神障害者が身体的健康を保障されてこなかったという歴史がある。その状況は保健医療制度が整った現在でも存在している。

2) 精神障害者の身体的健康

日本において、精神障害者は、戦前、戦中を通して、健康が保障されず、結核や栄養失調による身体疾患を抱える率が高かった⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾。精神科病院の入院生活の中で、精神障害者が栄養失調になり、飢餓に苦しむ様子が描写されている戦中の状況を見ると、当時から精神障害者が健康に生きる権利を存在として捉えられていなかったことをうかがい知ることができる⁽⁷⁾。

現在の精神障害者の身体疾患の状況に関しては、一般人口と対比して身体疾患の有病率が高い状況にある。

ノルウェーやアメリカでは、統合失調症の患者の死亡率は、一般人口に比較して約2倍であり、平均余命は一般人口に比較して約20%低い結果が得られている⁽⁸⁾。死亡原因では身体疾患が自殺や事故死に次いで多い。調査により多少の違いは見られるが、日本においても慢性疾患に起因する死や薬物治療の副作用の原因を否定できない死因、死因が特定できない突然死が原因として挙げられている⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾⁽¹²⁾⁽¹³⁾。

越野は、諸外国の統合失調症患者の身体合併症に関する文献を検討した結果、統合失調症患者には身体疾患の合併が多く、入院患者では約40%～60%、外来患者では20%前後に身体合併症が認められると結論づけている⁽¹⁴⁾。

このように、精神障害者では、一般的に慢性疾患をはじめとする身体疾患を有している比率が高い傾向が示されている。

3) 地域の精神障害者の身体的健康

入院している精神障害者（以下、入院群。）と地域で生活する精神障害者（地域生活群。）では、身体疾患に関する状況が異なる。精神医学、精神科看護、精神保健福祉、精神科リハビリテーションの研究誌、学会誌を中心に、先行研究を比較した結果、次のような傾向を読み取ることができた⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾⁽²¹⁾⁽²²⁾⁽²³⁾⁽²⁴⁾⁽²⁵⁾。

入院群では、体重、血圧、中性脂肪値、総コレステロール値、HDL-コレステロール値など、身体的健康調査項目や血液生化学的調査項目が比較的正常範囲にあり、地域生活群では異常値を示している。すなわち、地域生活をするには自己管理能力が求められるが、多くの地域生活をする精神障害者にとってはそれが困難である。地域生活をする精神障害者は「潜在的な慢性疾患の予備群」であると考えてよいだろう。また、入院群で、身体的健康調査項目や血液生化学的調査項目が比較的正常範囲にあるのは、あくまで「見せかけの健康良好の状態」であり、もし彼らが地域生活をした場合には、これらの項目が異常値を示して、身体疾患を有する可能

性が考えられる。

なお、地域で生活する精神障害者を対象とした各調査では、次のような結果を得ている。京都府内の障害福祉サービス事業所、地域活動支援センター、小規模作業所等の利用者167人に対して行った「からだの健康アンケート」調査では、身体疾患を持ち医療機関に通院している比率が、約5～6割である⁽²⁶⁾。全家連調査では、何らかの身体疾患を有して、医療機関に通院している比率は約5割である⁽²⁷⁾。両調査とも、糖尿病、高血圧、肝臓病などの慢性疾患を抱えている率が高い。

現在、日本の精神科医療施策においては、社会的入院の解消が謳われている。入院医療中心主義から地域生活中心主義に移る中で、精神障害者には自己管理能力が求められる。様々な能力や社会的体験を剥奪されてきた長期入院患者が、単に地域生活に移行するだけでは問題解決に結びつかない。健康や生活を保持する能力を身につけること、あるいは、退院患者を支えるシステムづくりをすることが政策として必要である。

次章では、筆者が行なったからだの健康聞き取りをもとに、地域施設に通所する身体疾患を抱える精神障害者の語りを分析し、地域施設通所精神障害者の身体的健康の問題について得た結果を示している。

2. 地域施設に通所する精神障害者に対する「からだの健康聞き取り調査」

1) 調査の目的

地域で生活する精神障害者が一般人口と同様に健康に生きる存在として一般医療に関する健康サービスを楽しむことができない現状がある。したがって、調査の目的は、地域施設に通所する精神障害者の身体的健康の現状と課題を明らかにし、今後の精神障害者の身体的健康の生活支援に役立てることにある。

2) 調査の対象

調査の対象者は、京都府内の小規模作業所1施設に通所する高脂血症、脂肪肝、糖尿病の身体疾患を持つ統合失調症の利用者3人である。対象者3人の選出以前に、小規模作業所の利用者全体に対して、「からだの健康アンケート」を聞き取り形式で実施している。その上で、①調査協力の同意が得られること、②統合失調症の診断を受けていること、③高脂血症、脂肪肝、糖尿病のいずれかの診断を受けていること、の3つをもとに、3人の対象者を選出した。

- ・A氏：30代男性、作業所通所歴3年。糖尿病と脂肪肝の診断。精神科以外に、内科を定期的に受診し栄養指導も受けている。
- ・B氏：50代女性、作業所通所歴20年。高血圧の診断。精神科に受診。
- ・C氏：30代女性、作業所通所歴1年。糖尿病の診断。かつて内科で栄養指導を受けていた。

が現在では中断している。

3) 調査の方法

調査方法は、調査者と対象者の個別面接形式で時間は30～60分である。それぞれ3回ずつ行っている。「からだの健康や病気に関して自由に話してください」と最初に調査者が言って面接を実施した。半構造化面接である。録音機器を使用し、記録している。調査時期は平成19年6月から11月の間で行なった。分析方法は、KJ法による分類を行った⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾。

なお、倫理的配慮として、事業所および対象者には研究を行うにあたって、同意を得ている。また、報告するにあたっては、プライバシーの観点から、発表の趣旨に支障のない範囲で改変している。

4) 調査の結果

対象者3人が語った内容をまとめた結果は、表1のとおりである。

大分類については《二重山括弧》として表記し、小分類については【墨つき括弧】として表記している。発言内容については四角内に記載して、該当する対象者のイニシャルは（小括弧）に表記している。なお、発言に関しては、読みやすいように加筆・修正している。

表1. KJ法分析の結果

《身体的健康について高めたいとの思い》

【健康に対する積極的な関心】

【専門職の指導に対する忠実な受入れ】

【身体、食物への強い固執】

《多様な本人支援》

【専門職に対する安心と信頼】

【家族の協力と支援】

【当事者同士の情報の共有】

《伝わらない専門職の助言》

【医療スタッフへの恐怖心】

【助言の捻じ曲げ】

【助言の選択】

【自分なりの対処方法】

《身体的健康の保ちにくさ》

【精神に障害を持つことからくるもの】

【抗精神病薬の影響】

《身体的健康について高めたいとの思い》

【健康に対する積極的な関心】

表2. 【健康に対する積極的な関心】 発言内容

- ・(A氏) こうやってお腹にはめて、こうする。これをよくする。父親も母親も一緒に試した。お腹の贅肉が燃焼するらしい。最近は使ってないけど。でも、使った時には、少し効果があった気がする。
- ・(B氏) たばこを吸わないようにしています。歯もこんなに虫歯になっているでしょう。
- ・(B氏) コーラをやめたんですよ。糖分多いし、歯に悪いと思って。
- ・(C氏) ウイスキーは肝臓に負担が少ないんですよ。だからといって、ウイスキーは他のお酒に比べて太らないし。

すべての対象者が健康を高めたいという意識を持っている。A氏においては、家族で購入した健康器具の話をしている。また、B氏、C氏とも健康に良くない食べ物を摂取することを控えたり、代替する食べ物で補おうとしたりする言動があった。

【専門職の指導に対する忠実な受入れ】

表3. 【専門職の指導に対する忠実な受入れ】 発言内容

- ・(A氏) 作業所で指導員からお菓子は食べたら駄目だと言われている。本当に食べたら駄目。
- ・(B氏) 主治医から塩分を摂らないでください、たばこを減らしなさいって言われている。栄養士からも同じことを言われている。努力しているんですよ。
- ・(C氏) 主治医にまず働ける身体を作りなさいと言われて、それで管理栄養士から痩せるように言われて。

すべての対象者が「〇〇しなさいと言われている」という命令表現や「〇〇は駄目と言われている」という禁止表現を使用している。さらに、「言われている」という間接的な表現も用いられている。これらの表現から、対象者が医療スタッフや福祉スタッフ等、専門職の言葉を極めて正確に記憶していることが分かる。しかし、間接的な表現から推測すると、本当に対象者が深く理解しているとは言えない。したがって、忠実に従おうとする意識がその背景にあるが、その指導内容を深く理解しているとは言えない。

【身体、食物への強い固執】

表4. 【身体、食物への強い固執】 発言内容

- ・(A氏) ラーメンを食べなくなった。ラーメン美味しいんだよ。特に塩ラーメンが好き。
- ・(A氏) 冷麺は食べるぞ。果物も身体にいいから食べる。
- ・(A氏) 栄養士から甘い物はちょっとオーケーって最近言われた。
- ・(B氏) コーヒーは砂糖かけないといけないし、ココアにしている。
- ・(C氏) 糖質ゼロのビール飲んでるしね。
- ・(A氏) 痩せることを頑張ろうと思ったけど、85kgになって増えてしまった

- ・（A氏）お腹が重たい。
- ・（C氏）足を怪我したのは体重が重かったから。だから歩くのも気をつけないと。
- ・（B氏）歯、大事ですね。自分の歯ほとんどないしね。

対象者は、自分の身体や食べ物に関して、たくさんの言葉を語っている。対象者が身体に対してこだわりが強く、常に、体重の増減や血糖値、血圧の数値などについて気にしていることが分かる。

食べ物に関しては、食べてはいけないと分かっているがつい手を伸ばしている様子について、語られている。そして、ラーメン・冷麺や糖分・糖質など同じ語句を何十回も発言している。

《多様な本人支援》

【専門職に対する安心と信頼】

表5. 【専門職に対する安心と信頼】発言内容

- ・（A氏）看護師みんなから痩せなさいって言われて。
- ・（C氏）病院の親しくしている看護師に話したら、夏ばてやし点滴に来て下さいって言われて。
- ・（A氏）栄養士で、偉そうだけど、ものすごく分かってくれる人で、怖い人だけど。
- ・（A氏）作業所の指導員が、作業所の昼食はカロリー計算してはるから大丈夫って言っていた。
- ・（B氏）作業所で倒れたら、作業所の指導員に医者呼んでもらう。

対象者は、看護師や栄養士、作業所の指導員など、専門職に対して安心感と信頼感を持っている。A氏の場合、専門職に言われた言葉に対して、恐怖感や不安感を抱いている側面があるが、一方で「ものすごく分かってくれる」頼れる存在として捉えている側面もある。つまり、専門職に自分の病気の症状を棚上げする意識があり、絶対的な信頼感を持っていると考えられる。また、この意識はB氏やC氏でも見られる。自分が倒れた場合には、作業所の指導員が「何とかしてくれる」と捉えたり、少し体調が悪くなると看護師にすぐに尋ねたりといった言葉があり、常に助けてくれる存在として専門職が認識されている。

【家族の協力と支援】

表6. 【家族の協力と支援】発言内容

- ・（A氏）父親が病院に送ってくれる。
- ・（A氏）食事記録表を持って帰って母親に見せている。
- ・（B氏）姉が料理を作ってくれるので、居宅介護の家事援助は断った。
- ・（B氏）栄養士塩分を1日0.6ミリ以下にしようと言われていたことを、姉には言っています。
- ・（C氏）休日は母親の手料理。自分では料理はしない。

対象者は、それぞれ家族から身体疾患のことについて怒られたり、褒められたりする経験を語っている。また、食事づくりの支援や医療機関の送迎など、家族の協力や支援があることについて話している。

【当事者同士の情報の共有】

表7. 【当事者同士の情報の共有】発言内容

- ・(B氏) 糖尿になった場合、なかなか治らないって言いますよね。友人が、「私、糖尿の初期症状です」と聞いたんです。
- ・(B氏) 作業所に通所していた友人が亡くなったんです。交通事故で亡くなったとは聞きましたが。糖尿病の末期で。亡くなる前は、ふらふらで。
- ・(C氏) デイケアに通所している友人は、副作用で太るって言っていました。自分もそうだと思います。

対象者は、他の、身体疾患を抱えた精神障害者とのエピソードを語っていた。B氏は、糖尿病になった友人について見聞きすることで、「自分も友人と同じように苦しんだり、亡くなったりするのではないかと不安を持っている。逆に、C氏は、友人の言ったことを鵜呑みにして、自分の体重や身体疾患を、服薬による副作用のせいとして一面的に捉えようとしている。

《伝わない専門職の助言》

【医療スタッフへの恐怖心】

表8. 【医療スタッフへの恐怖心】発言内容

- ・(A氏) 採血の結果が悪いと、黙って「はい、分かりました」と言うようにしている。
- ・(B氏) 医師や看護師から言われるので、血圧の数値が悪くならないように気をつけています。

A氏は、血液検査の結果が悪いと、栄養士や看護師に黙って従うふりをする。B氏は、医師や看護師から血圧の数値に気をつけるように言われて、常に血圧を気にしている。対象者は身体疾患が好転しているわけではなく、恐怖心を持っている。これらは、対象者が、身体疾患の問題を表面的に理解するにとどまらせている。

【助言の捻じ曲げ】

表9. 【助言の捻じ曲げ】発言内容

- ・(A氏) お茶漬は塩分があるので一番身体にいい。塩辛入れたお茶漬けて美味しいのよ。
- ・(A氏) 最近、私が食事やおやつを食べないのは、寝ていて動かないからだと思うよ。
- ・(B氏) 汗をかくし、塩分を摂っても良い。
- ・(C氏) ダイエットしたら自分の筋力とか体力が落ちる。痩せると同時に筋力も落ちて行く。今後、仕事をするにしても、筋力維持のためにある程度筋力とエネルギーが必要ですし。

B氏は、本当は塩分を控えるように言われているが、汗をかくと塩分をとる必要があると解釈して、塩分をたくさん摂取していると語っている。A氏も塩分を摂るのは健康によいと捉え

ている。一般的に考えれば、「汗をかいた場合塩分を摂ることは健康に良い」が、身体疾患を抱えた彼らの場合には健康に良いとは必ずしも言えない。

A氏は、「動かなければ食べない」と解釈している。逆に言えば、「動けば食べる」という解釈をしていると考えられる。C氏は、ダイエットすれば自分の体力が落ちると解釈している。

3人とも、何とか自分の解釈を正当化しようと、様々な健康の情報を自ら操作している。

【助言の選択】

表10. 【助言の選択】 発言内容

- ・(A氏) 私の父親も糖尿病になっており、私の糖尿病も遺伝だと思う。
- ・(B氏) 医療機関の作業療法士から聞いた話なのです。ウイスキーは身体に良いと作業療法士から聞いた。よく飲んでいられるらしい。だから、私も飲んでい

る。糖尿病の要因は複雑である。単一の要因に求めることはできない。しかし、A氏は、父親が糖尿病であったという遺伝要因だけに原因を求めている。これは、医師が言いたいいくつかの要因のうち、自分にとって有利な助言を選択している。

B氏では、医療機関の作業療法士の世間話を、自分に有利な情報として選択している。作業療法士がふと話した自分の経験を、自分の助言として捉えている。

【自分なりの対処方法】

表11. 【自分なりの対処方法】 発言内容

- ・(A氏) 作業所で一生懸命働いた日には、たくさん食べる。作業で汗もかくし、疲れるし、エネルギーを使うから。コーヒーのパック1本、スナック菓子1袋、家にある残ったものを食べる。
- ・(B氏) ご飯を食べてもお腹が膨れない。別に、食べてもお腹が膨れてないから食べても大丈夫。満腹になったら、お腹の中が一杯なので食べなくてはなるのですが。
- ・(C氏) 作業所に行く時にはいつも低血糖になると分かっているから、甘い飲み物や飴をなめてから行く。
- ・(C氏) 薬で寝ることができないなら、肝臓には負担になるけれども、飲酒する。

対象者は、専門職からの助言がうまく伝わらず、捻じ曲げられてしまう。様々な健康に関する情報のうち、自分にとって有利な情報を取り入れてしまう。それ以外に、対象者は、自分なりの身体疾患の対処方法を見出している。

A氏は、作業所で「頑張って働いた」時には、食事を報酬として得る行動をとっている。汗をかくこと、疲れることは、A氏にとって、「働いた」という実感がある。さらに、A氏は自分の心身のエネルギーをたくさん費やす体験である。その報酬として、大量のスナック菓子や甘い飲料を摂取することにつながっている。

B氏は、「お腹が膨れた」と感じるまで、食事を摂り続ける。B氏は、お腹が膨れたかどうか、自分にとっての適量の食事量となっている。

C氏は、肝臓に負担になっても、飲酒する行動をとっている。

《身体的健康の保ちにくさ》

【精神に障害を持つことからくるもの】

表12. 【精神に障害を持つことからくるもの】発言内容

- ・(A氏) 高校生の頃、お腹がどうかなって、それで医療機関に連れて行かれた。
- ・(B氏) 前は散歩をしていた。でも、前働いていた会社の同僚に会う。だから、最初はその人に会わないようにコースをかえていた。それで、今はもう、散歩はしない。
- ・(B氏) 高血圧になるのは、自分が落ち着かない性格だから。
- ・(B氏) 作業所に通所していることに対して、姉が私のことを駄目な人間だと思っている。だから、何をやっても駄目なんです。

精神に障害を持つことは、様々な体験を喪失していく過程である。

A氏は、高校生のころの体験を語っている。高校生のころ、自分のお腹に異変を感じて、精神科病院を受診した。その後、精神科病院に入院し、自宅療養を長期間継続していた。作業所や就労、精神科デイケアに通所しない理由として、就労経験がなく自信がなかったことや、近所の嫌がらせの幻聴があったことを挙げている。その間、運動をしないで、食事や間食をたくさん摂っていたという。

B氏は、標準体重に戻すように主治医から言われた際に、ウォーキングを実践している。しかし、散歩中に、以前働いていた事業所の同僚に会うのが苦痛で、散歩コースをかえたり、散歩をやめたりしている。B氏にとっては「精神に障害を持つ自分をさらして、知り合いの健常者に会う」のが苦痛だったようである。精神に障害を持つことは、社会的接触から遠ざかることにつながるものである。

また、B氏が言うように、精神に障害を持つことは、自分の性格を卑下したり、「何をやってもしできない人間」として自分を過少評価したりすることもある。

【抗精神病薬の影響】

表13. 【抗精神病薬の影響】発言内容

- ・(A氏) 薬の影響もあるんだって。だから太るのは仕方ない。
- ・(B氏) 以前はもっとやせていた。統合失調症になって、服薬するようになってから太って、最近高血圧になった。
- ・(C氏) もうただでさえ身体がふらふらなのに、その身体にさらに薬を飲んだらもう動けなくなるのは当たり前。

対象者は、みな服薬の影響を、身体疾患になった理由として挙げている。確かに、精神障害者に身体疾患が多いのは、抗精神病薬の影響は決して否定できるものではない。しかし、今回取り上げた身体疾患は、様々な要因が影響しているものである。

A氏は、薬の影響があるから、「糖尿病になるのは仕方ない」と1つの理由のみを強調して

いる。B氏の場合も、統合失調症になり服薬をするようになって、体重過多になり、高血圧になったという経験を語っている。

C氏については、抗精神病薬を服薬することにより、「自分の身体が動かない」とまで強調して語っている。

5) 調査の考察

3人の地域施設に通所する身体疾患を持つ精神障害者の聞き取りを行なった。彼らの語りから、大分類4つと、下位の小分類12個の結果を得た。

人はみな、専門職からの情報伝達や、仲間同士の情報共有、そのほか様々な情報手段によって、健康に関する知識を得ている。一般人口にわかりなく、地域で生活する精神障害者も、健康に関する情報を手に入れている。

また、精神障害者は健康に対して積極的に関心を示している。また、専門職からの健康に関する指導が精神障害者には難しいと言われるが、忠実に専門職からの指導を受けている。食べたい食物を他の食物で補ったり、何とか自分を正当化して食べたいものを摂ろうとしたりするほど、好きな食物にこだわりを持っている。医師から言われた通り、体重や血圧、血糖値の数値を守ろうとするあまり、その数値や、自分の身体に固執している。そして、努力して我慢している。

ある意味で、専門職に対して、安心感と信頼感を強く抱いている。医療スタッフに対して、絶対的な信頼を持ち、診察や栄養指導の際に言われた言葉と情景をそのまま記憶している。福祉職に対しても、作業所で言われた言葉を丸呑みにするほど信頼している。精神障害者にとって「最終的に受け止めてくれる存在」として、専門職を捉えられている。

専門職に絶対的な信頼感、安心感を持っていながら、一方で、専門職の助言が伝わっていない。専門職に言われたことを守っていないことからくる恐怖心がある。助言をねじまげ解釈し、自分を正当化しようとしている。助言の中でも、自分にとって有利な情報を選択している。そして、自分なりの対処方法をとっている。これは、あくまで自分なりの対処方法であり、いつも間にか、専門職の助言はねじまげられ解釈し、不健康な行動を実行している。

精神に障害を持つことは、様々な体験や社会的接触を喪失していくことである。したがって、精神障害者にとってはやはり、社会的な健康が低くなっていることが多い。身体疾患を持つ精神障害者には、人生の中で、身体疾患にならざるを得ない文化や社会的経験がある。また、精神に障害を持つことが、直接、自己卑下することになったり、社会的烙印を押されることになったりする。

4. 総 考 察

身体的健康を高めたいという思いは一般人口と何ら変わりがない。また、健康に関する様々

な情報自体も一般人口と変わらない。

しかし、精神障害者であることが、身体的健康に関する情報の少なさや、正誤に影響を与えている。精神に障害を持つことは、それ自体が社会的烙印を押される経験や自信のなさにつながる経験である。本来、専門職からの指導は信頼感を得るものであるが、それ以上に過度の信頼感や安心感をもたらして、自らの問題を棚上げするほどになっている。一方で、専門職の言葉の発言について「言葉のまま」記憶して、恐怖心を抱くまでになっている。こうして、専門職の指導は、いつの間にか、本人なりの工夫された対処行動になっている。

ここから、課題としてあげられるのは、次の4点である。

第一に、専門職の指導についての課題である。専門職が「○○しなさい」という一方的なティーチング・指導だけではなく、本人にとって「その健康行動がなぜ必要なのか意識化」させるコーチング・支援が求められる。精神科医療、および精神保健福祉の各法律は、歴史的に見て精神障害者は自己決定ができない存在として扱ってきた。その法律の下では、精神障害者は、専門職との上下関係に基づくものになってきた点は否めない。結果として、専門職からの指導は恐怖心や不安感のみが残り、単に表面的に言葉を記憶するだけにとどまっている。そして、本人の対処行動は間違ったものになっている。

第二に、生活支援員や職業指導員、相談員、指導員など、地域施設の職員の役割についての課題である。医療機関が治療の場であるのに対して、地域施設は生活の場として存在している。また、精神障害者にとって、地域施設は比較的長時間過ごす日中活動の場である。したがって、地域施設の職員は、何気ない彼らの言動から精神障害者の身体疾患の問題について接し、そのことに気づくことができる。そして、より適切な健康に関する助言を行なうことができる。

第三に、多くの支援者の支援方法の一致が求められる。身体疾患を抱える精神障害者は、多くの支援者が存在している。精神科医師、内科医師、看護師、栄養士、作業療法士、精神科ソーシャルワーカー、各地域施設の職員、家族・親戚、友人・知人、地域住民など、身体疾患を抱える精神障害者には様々な支援者の様々な視点による様々な支援が、彼らの健康と生活を支えている。これらの支援する人たちが、精神障害者本人の健康と生活を良くしたいという同じ目的や方向性を持って活動している。しかし、その視点や目標とするところは違いがある。それぞれが一致した見立てを行ない情報共有することが必要である。

最後に、第四として、精神障害者を取り巻く精神科医療、精神保健福祉の制度がもたらしてきた課題が挙げられるだろう。精神障害者に身体疾患の有病率が高いということは、本人の問題、専門職の問題だけではない。多くの精神障害者が自己決定や自己選択を持つことができず、健康を自己管理できない存在として扱われてきた。その結果、精神障害者が身体疾患を有する比率が高くなっている可能性が考えられる。今一度、精神障害者を取り巻く医療政策や、精神保健福祉政策の問題は看過できないということを強調しておきたい。

【付記】

本研究は、平成19年度佛教大学大学院社会福祉学研究科社会福祉学専攻 修士論文「地域施設通所精神障害者の身体的健康の現状と課題—A施設利用者の聞き取り調査を中心に—」の一部の加筆・修正したものである。

なお、対象者に対して、研究を行うにあたって同意を得ているほか、報告にあたっては、プライバシー保護の観点から、研究の趣旨に支障のない範囲で改変している。本研究に協力いただいた事業所および対象者に感謝申し上げたい。

【注】

- (1) 田辺功「ドキュメント医療崩壊」、『朝日新聞』2007年4月～2007年7月連載。
- (2) 小松秀樹著『医療崩壊—「立ち去り型サボタージュ」とは何か』、朝日新聞社。2006年。
- (3) 近藤克則「医療制度改革と健康格差」、鉄道弘済会社会福祉部『社会福祉研究』、第100号、2007年、p.111-119。
- (4) 清水寛「第2次世界大戦と障害者1 太平洋戦争下の精神障害者・ハンセン病者の生存と人権」、埼玉大学教育学部編『埼玉大学紀要.教育科学』埼玉大学、39（1）、1990年、p.19-45。
- (5) 内村裕之、古川復一「戦時下の精神病院統計」、日本精神神経学会『精神神経学雑誌』日本精神神経学会、44（10）、1940年、p.834-835。
- (6) 立津政順「戦争中の松沢病院入院患者の死亡率」、日本精神神経学会『精神神経学雑誌』日本精神神経学会、60（5）、1958年、p.596-605。
- (7) 岡田靖夫著『私説松沢病院史』岩崎学術出版社、1981年、p.283-284。
- (8) Michiel G.Gelder, Juan Jose Lopez-Idor, Nancy M. D. Andreasen『New Oxford Textbook of Psychiatry (Volume.1)』、Oxford University Press、2003年、p.591-592。
- (9) 篠崎英夫「精神障害者の死亡に関する記述疫学的研究」、日本公衆衛生学会『日本公衆衛生雑誌』日本公衆衛生学会、19（12）、1972年、p.645-656。
- (10) 松下正明、町井洋子「突然死と向精神薬」、『精神医学』医学書院、5、p.1181-1191。
- (11) 都築等、湯浅修一「精神科在院者の死亡に関する疫学的研究」、日本精神神経学会『精神神経学雑誌』日本精神神経学会、83（5）、1981年、p.275-304。
- (12) 藤岡耕太郎、斉藤陽子、竹田康彦、木村光男、脇元安、森山成彬、齋藤雅「精神科病院入院患者の突然死」、『精神医学』医学書院、2001年、43（9）、p.1027-1036。
- (13) 一杉正仁、重田聡男、高津光洋「施設内で死亡した精神病者の部検例から見た死因について」、『犯罪誌』、6、1999年、p.235-240。一杉正仁「精神病者の突然死」、『精神医学』医学書院、44（1）、2002年、p.109。
- (14) 越野好文「身体合併症」、精神医学講座担当学会議監、佐藤光源、井上新平編『統合失調症ガイドライン』医学書院、2004年、p.302-308。
- (15) 坂西信彦、井口喬、桜木章司、井上悟「精神分裂病の長期入院化に関する研究—高齢患者を中心に—」、日本社会精神医学会『社会精神医学』星和書店、13（1）、1990年、p.42-50。
- (16) 宮田量治、山岸由幸、藤井康男、北村俊則「長期入院を経験した慢性精神分裂病患者のquality of life (QOL) について—予備的報告—」、日本社会精神医学会雑誌『日本社会精神医学会雑誌』星和書店、2（1）、1993年、p.73-78。
- (17) 秀野武彦、浅井邦彦、大久保善朗、融道男「慢性精神分裂病患者の肥満対策」、『精神科治療学』星和書店、12（12）、1997年、p.1423-1429。
- (18) Yumiko IDO, Junko MAKINO, Ryoko OKUSHIMA, Shigetoshi TSUTSUMI「Factors on life-style-

- related disorders found in day-care schizophrenics], Aino Gakuin 『AINO JOURNAL』 Aino Gakuin, Vol.1, 2002年, p.29-33.
- (19) 竹島正「サービスニーズ調査の結果からみたわが国の精神医療の現状と将来像」, 日本精神神経学会『精神神経学雑誌』, 2004年, 106 (9), p.1144-1151.
- (20) 西浦信博, 三浦康司, 渡部みき「精神科病院における日常生活活動に関する研究 第一報 入院患者ならびに社会復帰施設入所者のIADL・BADL調査」, 日本精神科病院協会『日本精神科病院協会雑誌』日本精神科病院協会, 2004年, p.356-367.
- (21) 西浦信博, 三浦康司, 笹岡晋二, 大里祥, 古池啓孝, 古川清和「精神障害者社会復帰施設の役割・機能に関する調査研究」, 日本精神科病院協会『日本精神科病院協会雑誌』日本精神科病院協会, 24 (7), p.723-726.
- (22) 掛川秋美, 真崎直子, 清原千香子, 椎木千賀夫, 下野正健「精神障害者の生活の質向上と社会資源との関連性」, 『精神医学』医学書院, 47 (3), 2005年, p.253-259.
- (23) 澤温「精神疾患を持つ人にとっての食」, 日本精神科病院協会『日本精神科病院協会雑誌』日本精神科病院協会, 25 (5), 2006年, p.484-487.
- (24) 小渡敬, 仲里恵, 比嘉貴代, 藤原香織, 山本俊二「精神科病院の食を考える—平和病院における肥満調査とダイエットプログラム」, 日本精神科病院協会『日本精神科病院協会雑誌』日本精神科病院協会, 25 (5), 2006年, p.524-531.
- (25) 澤温「分裂病入院患者の身体的健康度の研究」, 『厚生労働省科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業, 主任研究者: 渡邊能行) 分担報告書, 精神障害者等が快適に安全に生活するためのインフラ整備に関する研究—身体合併症, アメニティ, 身体健康度とQOLについて』2003年, p.7-24.
- (26) 西村伸「地域施設通所精神障害者の身体的健康の現状」, 佛教大学大学院『佛教大学大学院紀要 社会福祉学研究科篇』第37号, 2009年, p.103-115.
- (27) 全国精神障害者家族会連合会保健福祉研究所編『地域生活本人の社会参加等に対する意識と実態' 98—第3回地域生活本人調査—』全国精神障害者家族会連合会, 2000年, (全家連保健福祉研究所モノグラフNo.27).
- (28) 川喜田二郎著『発想法—創造性開発のために』中央公論社, 1967年, (中公新書136), p.66-150.
- (29) 田垣正晋著『中途肢体障害者における「障害の意味」の生涯発達の变化』ナカニシヤ出版, 2007年.

(にしむら のぼる 社会福祉学研究科社会福祉学専攻修士課程修了)

(指導: 漆葉 成彦 教授)

2009年9月30日受理

